



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

DECRETO N. 88 del 23.12.2011

Oggetto: Modifiche ed integrazioni al decreto commissariale n. 64 del 26.09.2011 recante “Procedura prescrittiva ed erogativa delle prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitativa per le patologie semplici: definizione profili riabilitativi. Modifiche ed integrazioni al decreto del Commissario ad Acta per il piano di rientro del settore sanitario n. 32 del 22 giugno 2010”.

PREMESSO:

- a. che con decreto del Commissario ad Acta per l’attuazione del Piano di rientro n. 32 del 22 giugno 2010, si è proceduto alla individuazione di necessari presupposti per l’attivazione di un sistema di monitoraggio e controllo delle attività di assistenza ambulatoriale e domiciliare di medicina fisica e riabilitativa con oneri a carico del S.S.R;
- b. che con successivo decreto commissariale n. 69 del 24 novembre 2010, si è provveduto, in attuazione di quanto stabilito dal citato provvedimento n. 32/2010, alla costituzione di una “Commissione di monitoraggio dell’applicazione delle linee guida regionali per la riabilitazione e per la definizione di modalità di prescrizione e controllo delle prestazioni di assistenza ambulatoriale e domiciliare di medicina fisica e riabilitativa” con il compito, tra l’altro, di individuare strumenti appropriati per la definizione di criteri di accesso in relazione alla graduazione della disabilità;
- c. che con decreto commissariale 64 del 26.09.2011, sulla base dell’elaborato tecnico proposto dalla citata commissione regionale, è stata definita la nuova procedura di prescrizione, di erogazione e di verifica delle prestazioni di medicina fisica e riabilitativa per patologie semplici, basata su specifici profili riabilitativi;

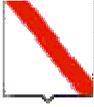
CONSIDERATO che, a seguito di ulteriori approfondimenti, la citata commissione di monitoraggio ha evidenziato la necessità di alcune modifiche ed integrazioni al provvedimento commissariale n. 64/2011, di cui al documento allegato al presente provvedimento (Allegato A);

RITENUTO, pertanto, di dover apportare al decreto commissariale n. 64 del 26.09.2011 le modifiche e le integrazioni proposte dalla “Commissione di monitoraggio dell’applicazione delle linee guida regionali per la riabilitazione e per la definizione di modalità di prescrizione e controllo delle prestazioni di assistenza ambulatoriale e domiciliare di medicina fisica e riabilitativa”

D E C R E T A

Per le motivazioni richiamate in premessa, da intendersi qui di seguito integralmente riportate:

1. di disporre le modifiche e le integrazioni al decreto del Commissario ad acta per l’attuazione del piano di rientro n. 64 del 26 settembre 2011, recante disposizioni per la procedura di prescrizione, erogazione e verifica delle prestazioni di medicina fisica e riabilitativa per patologie semplici, secondo quanto indicato nell’ Allegato A che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

2. di precisare che dall'attuazione del presente decreto commissariale non derivano ulteriori oneri di spesa a carico delle Aziende Sanitarie e del bilancio regionale;
3. di trasmettere il presente decreto al Ministero della Salute ed al Ministero dell'Economia; lo stesso sarà modificato con successivi atti di questo Commissario in caso di eventuali prescrizioni ministeriali;
4. di inviare il presente provvedimento, a cura della struttura commissariale, all'ARSAN, alle AA.SS.LL., alle AA.GG.CC. "Piano Sanitario Regionale", "Assistenza Sanitaria", "Gabinetto Presidente della Giunta Regionale", per quanto di competenza, ed al Settore "Stampa e Documentazione" per la pubblicazione nel BURC.

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro

Si esprime parere favorevole:
Il Sub Commissario ad Acta
Dott. Mario Morlacco

Si esprime parere favorevole:
Il Sub Commissario ad Acta
Dott. Achille Coppola

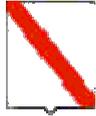
Il Coordinatore della A.G.C. 19
Dott. Albino D'Ascoli

Il Coordinatore della A.G.C. 20
Dott. Mario Vasco

Il Dirigente del Settore Fasce Deboli della A.G.C. 20
Dott.ssa Rosanna Romano

Il Dirigente del Servizio Economico – Finanziario della A.G.C. 19
Dott. Giancarlo Ghidelli

Il funzionario responsabile
Luisa Cappitelli



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

Allegato A

“Commissione di monitoraggio dell’applicazione delle linee guida regionali per la riabilitazione e per la definizione di modalità di prescrizione e controllo delle prestazioni di assistenza ambulatoriale e domiciliare di medicina fisica e riabilitativa” (Decreto commissariale n. 69/2010)

Modifiche ed integrazioni al decreto commissariale n. 64 del 26 settembre 2011

- A)** Il punto 3.7 del decreto commissariale n. 64 del 26.09.2011 è sostituito dal seguente:
<<3.7 che le prestazioni previste dal nomenclatore tariffario di cui al DGRC 1874 del 31 marzo 1998, indicate con i codici sottoelencati, potranno essere prescritte con le procedure previste al punto 2 del decreto n. 32/2010 in quanto sono riferibili a patologie complesse erogabili presso i Centri ambulatoriali di riabilitazione:
- 93112 RIEDUCAZIONE MOTORIA ATTIVA E/O PASSIVA (Solo per patologie neurologiche acute ed immediatamente postacute di tipo complesso, entro 7-30 giorni dall’esordio)
 - 9336 RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA
 - 9337 TRAINING PRENATALE
 - 93711 TRAINING PER DISLESSIA
 - 93712 TRAINING PER DISLESSIA
 - 93713 TRAINING PER DISCALCULIA
 - 93714 TRAINING PER DISCALCULIA
 - 93721 TRAINING PER DISFASIA
 - 93781 RIABILITAZIONE DEL CIECO
 - 93782 RIABILITAZIONE DEL CIECO
 - 9383 TERAPIA OCCUPAZIONALE
 - 93831 TERAPIA OCCUPAZIONALE
 - 93892 TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI
 - 93893 TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI
 - 9391 RESPIRAZIONE A PRESSIONE POSITIVA INTERMITTENTE
 - 9399 ALTRE PROCEDURE RESPIRATORIE
 - 9395 OSSIGENAZIONE IPERBARICA >>
- B)** Il punto 3.11 del decreto commissariale n. 64 del 26.09.2011 è sostituito dal seguente:
<<3.11 che se una delle condizioni indicate nell’allegato tecnico – Parte B si verifica in persone che presentano una delle patologie gravi sottoelencate, il MMG/PLS può richiedere visita del medico specialista in riabilitazione prescrittore dell’ASL, eventualmente a domicilio, che, valutato il caso e identificati i bisogni, individuerà il livello assistenziale più appropriato (cure domiciliari prestazionali o prestazioni di riabilitazione per caso complesso da erogare presso i centri ambulatoriali di riabilitazione)
- a) Scopenso cardiaco 3^a/4^a classe NYHA
 - b) Insufficienza respiratoria in ossigenoterapia



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

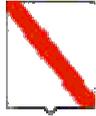
- c) Esiti recenti di accidenti cerebrovascolari
- d) Patologie neoplastiche in stato terminale
- e) Gravi demenze

- C)** al punto 3.13, lett. a) del decreto commissariale n. 64 del 26.09.2011 dopo le parole <<Medico Specialista>> sono inserite le seguenti: <<in riabilitazione>>
- D)** All'allegato tecnico – Parte A) del decreto commissariale n. 64 del 26.09.2011, relativamente al profilo assistenziale per le persone con esiti di patologie croniche stabilizzate (profilo n. 37) si aggiunge: <<I pazienti con morbo di Parkinson che possono accedere alle attività previste dal profilo n. 37 sono quelli che ottengono un punteggio < a 2,5 in base alla stadiazione secondo **HOEHN E YAHR**>>, di seguito riportata :

STADIAZIONE DEL MORBO DI PARKINSON SECONDO HOENN E YAHR (1967)

Hoehn M.M., Yahr M.D. Parkinsonism: onset, progression and mortality. Neurology 1967; 17:427 -442

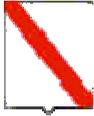
Stadio	Descrizione
0	Nessun segnale di malattia
1	Localizzazione soltanto monolaterale, generalmente con compromissione funzionale minima o assente
1,5	Coinvolgimento unilaterale più assiale, nessuna o minima limitazione funzionale
2	Compromissione bilaterale, senza alterazione dell'equilibrio, nessuna o minima limitazione funzionale
2,5	Compromissione bilaterale lieve, con recupero al pull test, nessuna o minima limitazione funzionale
3	Malattia bilaterale da lieve a moderata, deficit delle reazioni di raddrizzamento ed instabilità posturale ai cambiamenti di direzione. Disabilità lieve o moderata
IV	Patologia pienamente sviluppata e gravemente inabilitante: il paziente è ancora in grado di camminare e stare in piedi senza assistenza ma è chiaramente instabile. Disabilità moderata o grave.
V	Disabilità grave, il paziente è costretto in carrozzina o a letto a meno che aiutato.



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

- E)** All'allegato tecnico – Parte A) del decreto commissariale n. 64 del 26.09.2011, al punto 1) del Percorso prescrittivo ed erogativo delle prestazioni di recupero e rieducazione funzionale per patologie semplici, le parole <<Sul ricettario dovrà essere riportata la seguente dicitura: “n. pacchetti per profilo riabilitativo n.”>> sono sostituite dalle seguenti: <<Sul ricettario dovrà essere riportata la seguente dicitura: “n. 1 pacchetto per profilo riabilitativo n.” >>. Dopo le parole <<indicando, come norma, il motivo clinico per il quale viene richiesto l'intervento>> si aggiungono le seguenti: <<Su ciascuna impegnativa è possibile prescrivere un solo pacchetto per volta di prestazioni per ciascun profilo e fino al raggiungimento del numero di pacchetti previsti dal profilo medio di ciascuna condizione. Solo per i pazienti che presentano più condizioni, acute o immediatamente post acute, (ad esempio in caso di evento traumatico che ha causato due fratture semplici a due arti differenti), sarà possibile prescrivere fino ad un massimo di n. 2 profili e comunque mai per uno stesso distretto corporeo.>>
- F)** All'allegato tecnico - Parte A) del decreto commissariale n. 64 del 26.09.2011, l'elenco dei codici del nomenclatore tariffario di cui al DGRC 1874 del 31 marzo 1998 che potranno continuare ad essere prescritti con le procedure previste al punto 2 del decreto n. 32 in quanto relative a patologie complesse erogabili presso i Centri ambulatoriali di riabilitazione è sostituito dal seguente:
- 93112 RIEDUCAZIONE MOTORIA ATTIVA E/O PASSIVA (Solo per patologie neurologiche acute ed immediatamente postacute di tipo complesso, entro 7-30 giorni dall'esordio)
 - 9336 RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA
 - 9337 TRAINING PRENATALE
 - 93711 TRAINING PER DISLESSIA
 - 93712 TRAINING PER DISLESSIA
 - 93713 TRAINING PER DISCALCULIA
 - 93714 TRAINING PER DISCALCULIA
 - 93721 TRAINING PER DISFASIA
 - 93781 RIABILITAZIONE DEL CIECO
 - 93782 RIABILITAZIONE DEL CIECO
 - 9383 TERAPIA OCCUPAZIONALE
 - 93831 TERAPIA OCCUPAZIONALE
 - 93892 TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI
 - 93893 TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI
 - 9391 RESPIRAZIONE A PRESSIONE POSITIVA INTERMITTENTE
 - 9399 ALTRE PROCEDURE RESPIRATORIE
 - 9395 OSSIGENAZIONE IPERBARICA >>
- G)** All'allegato tecnico – parte A), del decreto commissariale n. 64 del 26.09.2011, al punto 6) le parole <<richiede visita specialistica del medico prescrittore di prestazioni riabilitative>> sono sostituite dalle seguenti <<richiede visita del medico prescrittore dell'ASL specialista in riabilitazione, competente per patologia>>;



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

- H)** All'allegato tecnico – parte B) del decreto commissariale n. 64 del 26.09.2011, nella colonna “Pacchetti Prestazioni – Rieducazione funzionale”, il codice 93.11.2 “Rieducazione motoria attiva e/o passiva per patologia complessa” è eliminato dai pacchetti dei profili n. 4, 7, 9, 16, 35a; è invece sostituito dal numero 93.11.1 nei pacchetti dei profili n. 15, 26, 28, 29, 30;
- I)** All'allegato tecnico – parte B) del decreto commissariale n. 64 del 26.09.2011, al profilo n. 3 la descrizione della condizione è così modificata: <<Monoartriti SOLO in fase acuta comprese le riacutizzazioni localizzate in corso di artrite reumatoide >>. Il n. di pacchetti indicato per tale condizione (n. 2 pacchetti) è da intendersi quale numero massimo erogabile in un anno solare;
- J)** All'allegato tecnico – parte B) del decreto commissariale n. 64 del 26.09.2011 al profilo n.10, la descrizione della condizione è così modificata <<Frattura collo femore e di altre parti non specificate del femore di tipo traumatico (in soggetto <65 anni o anche in soggetto >65 anni in buone condizioni di salute in base alla valutazione del MMG) esiti funzionali >>;
- K)** All'allegato tecnico – parte B) del decreto commissariale n. 64 del 26.09.2011, al profilo n. 17 il codice <<93.11.2>> è sostituito dal seguente <<93.19.2>>;
- L)** All'allegato tecnico – parte B) del decreto commissariale n. 64 del 26.09.2011, al profilo n. 23 il n. di pacchetti prescrivibili per tale condizione è 1 e fino ad un massimo di n. 2 pacchetti in un anno solare.
- M)** Per i profili riabilitativi di seguito specificati, il costo indicato nell'Allegato tecnico – parte B) e nell'allegato tecnico – parte D del decreto commissariale n. 64 del 26.09.2011 viene arrotondato, per fini contabili, nel modo seguente:
- M1) Il costo dei profili n. 3, 7, 8, 9, 14,15, 16, 21, 22, 23, 24, 25A, 25B, 26A, 26B, 26C, 30, 36A, 36B, 36C è incrementato di 5 centesimi;
- M2) il costo dei profili n. 31, 33 (di gruppo), 34 (di gruppo), 35B è incrementato di 3 centesimi.

Si allegano, per facilitare la lettura e l'applicazione delle modifiche di cui sopra:

1. L' Allegato tecnico – parte B) integrato con le modifiche sopra specificate;
2. L' Allegato tecnico – parte D) integrato con le modifiche sopra indicate.

Descrizione condizione	Codice ICD9CM	Codice ICD 10	Codici ICF			Tempo appropriato di inizio dall'evento (GG.)	Obiettivi intervento	Tempi medi recupero (GG.)	N. medio pacchetti per la condizione	Tempo medio x seduta	Prestazioni diagnostiche- valutative almeno 2 (*)	Pacchetti Prestazioni		Razionale	ALLEGATO TECNICO PARTE B)
			Funzioni	Strutture	Attività							Rieducazione funzionale	Terapia strumentale		Costo di un pacchetto in Euro
1 Paresi del nervo faciale	351.0	G51	b280 b730 b760	s230 s310 s320	d110 d330 d350	7 - 30	Identificati dai codici ICF	90	3	30'	a) 93.04.2 Valutazione manuale di funzione muscolare b) 93.08.1 EMG semplice c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.4 Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice (incluso BFB); b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	a) 93.39.6 elettroterapia muscoli normo o denervati viso o mano b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	L'elettroterapia, gli esercizi, il biofeedback, la terapia manuale e il laser sono le modalità terapeutiche più usate in modalità combinata in quanto non sono evidenti risultati di efficacia per somministrazione di singoli trattamenti (Review Cochrane 2008 Texeira L et al.). La somministrazione in fase precoce di specifiche tecniche propriocettive neuromuscolari fisioterapiche ha possibilità di ottenere un recupero migliore e più veloce (RCT "Role of Kabat physical therapy in Bell's palsy" 2010 Barbana M et al.) Per le forme sub acute i tempi di recupero sono più brevi rispetto alle forme croniche.	202,3
2 Mononeuriti dell'arto superiore e inferiore di origine meccanica e non meccanica e neuriti multiple	354 / 355	G56	b260 b265 b270 b280 b279 b710 b730	s730 s760	d430 d440 d445 d510 d520 d540 d550 d620 d630	7 - 30	Identificati dai codici ICF	150	3	30'	a) 93.04.2 Valutazione manuale di funzione muscolare b) 93.08.1 EMG semplice c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.4 Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice (incluso BFB) b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	a) 93.39.6 elettroterapia muscoli normo o denervati viso o mano b) 93.39.7 elettroterapia muscoli altri distretti c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	Allo stato attuale la terapia fisica rappresenta l'indispensabile complemento alle terapie per le mononeuriti e l'opzione terapeutica di elezione in modalità combinata e personalizzata all'interno di un programma fisioterapico, in quanto non esiste una chiara superiorità di uno specifico approccio di trattamento, mentre c'è evidenza di efficacia di interventi specifici in casi specifici e circoscritti (Cochrane Review 2003-Green S. et al.). La terapia manuale inoltre, associata ad esercizi domiciliari, in particolare nelle modalità attive rispetto alle passive, migliora l'intensità, la qualità del dolore e i livelli di intensità funzionale, (RCT 2002 – Allison GT. Et al.)	202,3
3 Monoartriti SOLO in fase acuta comprese le riacutizzazioni localizzate in corso di artrite reumatoide	da 716.60 a 716.68	M13	b280 b710	s710 s720 s730 s740 s750 s760 s770	d410 d415 d420 d430 d435 d445 d640	7 - 21	Identificati dai codici ICF	45	2 (***)	30'	a) 93.01.2 Valutazione funzionale segmentaria b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.4 Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	a) 93.39.8 Magnetoterapia a bassa frequenza b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	Allo stato attuale l'esercizio terapeutico, pur statisticamente non significativo sulla qualità di vita e sulla capacità aerobica del paziente con monoartrite (Cochrane Review 2008 - Takken T et al.), è raccomandato dalle evidenze scientifiche disponibili, unitamente a programmi post-trattamento e a modelli di autogestione del paziente, quale parte essenziale del trattamento conservativo delle monoartriti (Systematic Review 2010 - Smith N et al.). L'esercizio terapeutico consente nel breve periodo benefici in termini di riduzione del dolore e di miglioramento funzionale (Cochrane review 2008 - Fransen M et al.). Tra le opzioni terapeutiche aggiuntive, la terapia fisica manuale si rileva efficace (RCT 2001 - Fransen M et al.) associata a terapia fisica, migliora la forza muscolare e conduce a una migliore indipendenza funzionale.	195,1

* Le "Prestazioni diagnostiche valutative" erogate nei pacchetti, non generano costi aggiuntivi;

** Tale scelta nei programmi individuali non genera costi aggiuntivi

*** da intendersi come n°max erogabile in 1 anno solare

Descrizione condizione	Codice (DG9CM)	Codice ICD 10	Codici ICF			Tempo appropriato di inizio dall'evento (GG.)	Obiettivi intervento	Tempi medi recupero (GG.)	N. medio pacchetti per la condizione	Tempo medio x seduta	Prestazioni diagnostiche- valutative almeno 2 (*)	Pacchetti Prestazioni		Razionale	ALLEGATO TECNICO PARTE B)
			Funzioni	Strutture	Attività							Rieducazione funzionale	Terapia strumentale		Costo di un pacchetto in Euro
a) Frattura della clavicola (esiti funzionali)	810 811 812 813 814 815 816 817 818 73310 733.11 733.12 733.13 733.14 733.15 733.16 733.19	S42 S62	b280 b715 b729 b730	S720	d220 d430 d440 d510 d520 d540 d550 d620 d630 d640 d650	0 - 7 dalla rimozione dell'eventuale mezzo di contenzione o dal rientro a domicilio dopo intervento chirurgico	Identificati dai codici ICF	120	2	30'	a) 93.04.02 valutazione manuale di funzione articolare: bilancio articolare muscolare Segmentario b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.4 Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice b) 93.11.1 Rieducazione motoria attiva e/o passiva per patologia semplice c) 93.26 Risoluzione manuale di aderenze articolari d) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	a) 93.39.7 elettroterapia di muscoli di altri distretti b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	Allo stato attuale la terapia fisica rappresenta l'indispensabile complemento alla terapia chirurgica e/o di immobilizzazione delle fratture dell'arto superiore e l'opzione terapeutica di elezione in modalità combinata (massoterapia, mobilizzazione articolare, tecniche di neurofacilitazione propriocettiva) all'interno di un programma fisioterapico, in quanto non sono evidenti risultati di efficacia maggiore per somministrazione di singoli trattamenti (Review Cochrane 2007 - Handoll HHG et al.). La riabilitazione motoria precoce delle fratture dell'arto superiore consente un recupero più rapido, con massimo risultato funzionale ottenuto a un anno (RCT 2007 - Lefevre Colau MM et al.). Nelle fratture non trattate chirurgicamente, non complicate e non scomposte, senza immobilizzazione, la rieducazione motoria precoce (Review Cochrane 2010 - Olliver BJ et al.) o un programma domiciliare di esercizi autosomministrati (RCCS 2009 - Gert D. Krischak et al.) sono una valida alternativa da preferire alla immobilizzazione convenzionale seguita da riabilitazione motoria ritardata. Il programma riabilitativo e la sua modalità di erogazione (frequenza giornaliera e settimanale, setting terapeutico) verrà formulato sulla base della valutazione del paziente.	231,6
b) Frattura della scapola (esiti funzionali)															
c) Frattura omero compreso paletta omerale (esiti funzionali)															
d) Frattura radio, ulna (esiti funzionali)															
e) Frattura ossa carpo e metacarpo (esiti funzionali)															
f) Frattura di una o più falangi della mano (esiti funzionali)															

* Le "Prestazioni diagnostiche valutative" erogate nei pacchetti, non generano costi aggiuntivi;

** Tale scelta nei programmi individuali non genera costi aggiuntivi

*** da intendersi come n°max erogabile in 1 anno solare

Descrizione condizione	Codice ICD9CM	Codice ICD 10	Codici ICF			Tempo appropriato di inizio dall'evento (GG.)	Obiettivi Intervento	Tempi medi recupero (GG.)	N. medio pacchetti per la condizione	Tempo medio x seduta	Prestazioni diagnostiche- valutative almeno 2 (*)	Pacchetti Prestazioni		Razionale	ALLEGATO TECNICO PARTE B)		
			Funzioni	Strutture	Attività							Rieducazione funzionale	Terapia strumentale		Costo di un pacchetto in Euro		
LUSSAZIONI ARTO SUPERIORE 5	a) Lussazione della spalla (esiti funzionali)	718.20	s43 s53 s63	b280 b710 b715 b730 b735	s730	d430 d440 d475 d510 d520 d540 d620 d640	7 giorni dalla rimozione dell'eventuale mezzo di contenzione o dall'intervento chirurgico	Identificati dai codici ICF	60	2	30'	a) 93.01.2 Valutazione funzionale segmentaria b) 93.05.02 Analisi dinamometrica dell'arto superiore o inferiore e del tronco c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.04 Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	a) 93.39.07 Elettroterapia di muscoli normo o denervati di altri distretti b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	Allo stato attuale la terapia fisica rappresenta l'indispensabile complemento alla terapia sia chirurgica che di immobilizzazione delle lussazioni degli arti e l'opzione terapeutica di elezione in modalità combinata all'interno di un programma fisioterapico, in quanto non sono evidenti risultati di efficacia maggiore per somministrazione di singoli trattamenti (Review Cochrane 2004 - Handoll HHG, et al.) anche se le recidive sono minori nei pazienti trattati chirurgicamente rispetto agli altri (Systematic Review 2004- Gibson K et al.).	231,6	
	b) Lussazione del gomito (esiti funzionali)	718.21 718.22 718.23															
	c) Lussazione del polso (esiti funzionali)	718.31 718.32 718.33 718.34															
	d) Lussazione delle dita della mano (esiti funzionali)	831 832 833 834															
DISTORSIONI DELL'ARTO SUPERIORE 6	a) Distorsione della spalla (compreso instabilità gleno omerale) (esiti funzionali)	840 841 842	S43 S53 S63	b280 b710 b715 b730	s720 s730	d220 d430 d445 d510 d520 d540 d550 d620 d640	7 - 10 giorni dall'evento	Identificati dai codici ICF	30	1	30'	a) 93.01.2 Valutazione funzionale segmentaria b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.4 Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice b) 93.19.1 Esercizi posturali e propriocettivi c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	a) 93.39.7 Elettroterapia di muscoli normo o denervati di altri distretti b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	Un intervento precoce di fisioterapia ha un effetto positivo sulla funzione dopo una distorsione acuta (RCT 2010-Hultman K. Et al.). Il trattamento funzionale versus l'immobilizzazione sembra essere la strategia più favorevole nelle forme acute (Cochrane Review 2002 - Kerkhoffs GMMJ et al.) e si dimostra associato a miglioramenti della stabilità articolare sia a livello posturale che della funzione riferita dal paziente(Systematic Review 2010 - Webster KA et al.). Inoltre la mobilizzazione precoce intensiva consente un più rapido ritorno alle attività riduce l'edema e il dolore rispetto al trattamento in immobilizzazione (RCT 1994 - Dettori JR. et al.), oltre che a migliorare la funzione articolare(RCT 2010 - Bleakley CM et al.) Tra le altre opzioni terapeutiche, la terapia manuale può ridurre significativamente la sintomatologia postdistorsiva di breve periodo, mentre il training neuromuscolare può prevenire le recidive (Systematic Review 2008 - Bleakley CM et al.)	231,6	
	b) Distorsione del gomito (esiti funzionali)																
	c) Distorsione del polso (esiti funzionali)																

* Le "Prestazioni diagnostiche valutative" erogate nei pacchetti, non generano costi aggiuntivi;

** Tale scelta nei programmi individuali non genera costi aggiuntivi

*** da intendersi come n°max erogabile in 1 anno solare

Regione Campania - Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario (Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/04/2010)

Descrizione condizione	Codice ICD9CM	Codice ICD 10	Codici ICF			Tempo appropriato di inizio dall'evento (GG.)	Obiettivi Intervento	Tempi medi recupero (GG.)	N. medio pacchetti per la condizione	Tempo medio x seduta	Prestazioni diagnostiche- valutative almeno 2 (*)	Pacchetti Prestazioni		Razionale	ALLEGATO TECNICO PARTE B)
			Funzioni	Strutture	Attività							Rieducazione funzionale	Terapia strumentale		Costo di un pacchetto in Euro
7 Lesioni della spalla (compreso rottura atraumatica della cuffia dei rotatori)	719.61 719.81 719.91 727.61	M75	b280 b710 b715 b730 b735	s720	d445 d510 d540 d640	in continuità post intervento chirurgico	Identificati dai codici ICF	60	2	30'	a) 93.04.2 Valutazione manuale di funzione muscolare bilancio articolare e muscolare segmentaria (catena cinetica dell'arto superiore) b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.1 Rieducazione motoria attiva e/o passiva per patologia semplice b) 93.19.1 Esercizi posturali propriocettivi c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	a) 93.39.7 Elettroterapia di muscoli normo o denervati di altri distretti b) 93.39.8 Magnetoterapia a bassa frequenza c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	Le evidenze disponibili non privilegiano l'uso di un protocollo rispetto ad un altro (Bennel K et al. 2009). L'efficacia dei programmi fisioterapici è supportata da moderate evidenze per il miglioramento del dolore e della funzione del complesso articolare della spalla, maggiormente efficace è il trattamento di fisioterapia miofasciale per trigger points attivi. Il programma include anche trattamenti con esercizi e mobilizzazione per il recupero graduale del rom articolare che sono efficaci in particolari disturbi della cuffia dei rotatori e nella capsulite adesiva (Ron.C et al., 2009). Ci sono prove per sostenere l'uso della fisioterapia nei casi specifici conseguenti ad intervento chirurgico per lesione della cuffia dei rotatori (Gree S. et al., 2003) da iniziare precocemente come range di movimento continuo passivo ed in maniera progressiva per contrastare le complicanze di rigidità articolare (Klintberg IH et al. 2009).	214,5
8 Traumatismo dei nervi della spalla e del braccio - Esiti Funzionali- (compreso avambraccio polso e mano)	907.4	S44	b280 b265 b710 b730 b735	s720 s730	d430 d440 d445 d449 d475 d510 d540 d640 d650	dipendente dall'entità del danno	Identificati dai codici ICF	150	3	45'	a) 93.04.2 Valutazione manuale di funzione muscolare bilancio muscolare e articolare segmentario (catena cinetica dell'arto superiore) b) 93.08.1 EMG semplice c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.4 Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice incluso BFB b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	a) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	Il programma riabilitativo precoce deve essere focalizzato sul recupero della motilità delle articolazioni e della motricità generale dell'arto attraverso esercizi di rieducazione motoria attiva e passiva per il recupero della flessibilità e della forza. (Good Practice Point)	152,9
9 Traumatismo dei muscoli e dei tendini della spalla e del braccio (compreso avambraccio, polso mano) esiti funzionali	959.2 959.3 959.4	S46	b280 b715 b730 b735	s720 s730	d430 d440 d445 d475 d510 d540 d640 d650	dipendente dall'entità del danno	Identificati dai codici ICF	60	2	30'	a) 93.01.2 Valutazione funzionale segmentaria b) 93.01.3 Valutazione monofunzionale c) 93.04.2 Valutazione manuale di funzione muscolare bilancio articolare e muscolare segmentaria (catena cinetica dell'arto superiore) d) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.1 Rieducazione motoria attiva e/ passiva per patologia semplice b) 93.19.1 Esercizi posturali - propriocettivi c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	a) 93.39.8 Magnetoterapia a bassa frequenza b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	I tempi di recupero sono dipendenti dall'entità del danno tissutale (1°, 2° o 3° grado) (Kellet 1986.Acute soft tissue injuries : a review of the literature). Il trattamento precoce ha inizio con una mobilizzazione cauta e massaggi delicati a monte e a valle della lesione per favorire la giusta crescita e il corretto allineamento spaziale delle fibre e ridurre le aderenze con i tessuti circostanti.. La riabilitazione si baserà sull'educazione del paziente, sulla riduzione progressiva dei tempi di applicazione dei dispositivi di protezione, stecche, cerotti e bendaggi, sulla mobilizzazione attivo-assistita e poi attiva. (Good Practice Point)	214,5

* Le "Prestazioni diagnostiche valutative" erogate nei pacchetti, non generano costi aggiuntivi;

** Tale scelta nei programmi individuali non genera costi aggiuntivi

*** da intendersi come n°max erogabile in 1 anno solare

Regione Campania - Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario (Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/04/2010)

Descrizione condizione	Codice ICD9CM	Codice ICD 10	Codici ICF			Tempo appropriato di inizio dall'evento (GG.)	Obiettivi intervento	Tempi medi recupero (GG.)	N. medio pacchetti per la condizione	Tempo medio x seduta	Prestazioni diagnostiche- valutative almeno 2 (*)	Pacchetti Prestazioni		Razionale	ALLEGATO TECNICO PARTE B)
			Funzioni	Strutture	Attività							Rieducazione funzionale	Terapia strumentale		Costo di un pacchetto in Euro
Frattura collo femore e di altre parti non specificate del femore di tipo traumatico in soggetto < 65 anni o anche in soggetto >65 anni in buone condizioni di salute in base alla valutazione del MMG (esiti funzionali)	820.8 820.9 821	S72	b280 b710 b715 b730 b755	s740 s750 s760	d410 d435 d450 d455 d475 d510 d520 d530 d540 d620	0 - 7 dalla rimozione dell'eventuale mezzo di contenzione o dal rientro a domicilio dopo intervento chirurgico	Identificati dai codici ICF	60	3	30	a) 93.01.2 Valutazione monofunzionale b) 93.04.1 Valutazione manuale di funzione muscolare c) 93.05.1 Analisi cinematica dell'arto superiore o inferiore o del tronco d) 93.05.2 Baropodometria statica e dinamica e) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.4 rieducazione motoria individ. In motuleso segmentale semplice b) 93.19.1 esercizi posturali propriocettivi c) 93.22 training deambulatori e del passo compreso addestram protesi-ortesi d) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	a) 93.39.7 Elettroterapia di muscoli normo o denervati di altri distretti b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	Allo stato attuale la terapia fisica rappresenta l' indispensabile complemento alla terapia chirurgica delle fratture di femore, e costituisce all'interno di un programma fisioterapico l'opzione terapeutica di elezione, in modalità articolata (massoterapia, mobilizzazione segmentaria, tecniche di neurofacilitazione propriocettiva, rieducazione funzionale, deambulazione assistita) in quanto non sono evidenti risultati di efficacia maggiore per applicazione di protocolli riabilitativi basati su singole tecniche (Systematic Review 2009- Smith TO et al.). In aggiunta alla terapia riabilitativa convenzionale , le prove di efficacia disponibili sottolineano fortemente l'efficacia del trattamento osservazionale di azione (AOT) in particolare sul recupero motorio (RCT 2010-Bellelli et al.), e la necessità di implementare le capacità prescrittive del processo riabilitativo da parte del fisioterapista (Longitudinal Observational Study-2008- Renan C. Castello et al.).Il programma riabilitativo e la sua modalità di erogazione (frequenza giornaliera e settimanale, setting terapeutico) verrà formulato sulla base della valutazione del paziente.	228,2
ESITI FUNZIONALI DI FRATTURE DELL'ARTO INFERIORE															
a) Frattura della rotula	822 823 824 825 826	T12 S52 S82 S92	b280 b710 b720 b729 b730 b735	s750	d410 d415 d420 d435 d450 d455 d460	0 - 7 dalla rimozione dell'eventuale mezzo di contenzione o dal rientro a domicilio dopo intervento chirurgico	Identificati dai codici ICF	60	3	45'	a) 93.04.2 Valutazione manuale di funzione muscolare bilanciale articolare e muscolare segmentario (catena cinetica dell'arto inferiore) b) 93.05.1 Analisi cinematica dell'arto superiore o inferiore o del tronco c) Analisi Dinamometrica dell'arto superiore o inferiore o del tronco d) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.4 Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice b) 93.19.1 Esercizi posturali propriocettivi c) 93.22 Training deambulatori e del passo d) 93.26 Risoluzione manuale di aderenze articolari e) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	a) 93.39.7 Elettroterapia di muscoli normo o denervati di altri distretti b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	Allo stato attuale la terapia fisica rappresenta l' indispensabile complemento alla terapia chirurgica e/o di immobilizzazione delle fratture dell'arto inferiore, e costituisce all'interno di un programma fisioterapico l'opzione terapeutica di elezione in modalità articolata (massoterapia, mobilizzazione segmentaria, tecniche di neurofacilitazione propriocettiva, rieducazione funzionale, deambulazione assistita) in quanto non sono evidenti risultati di efficacia maggiore per applicazione di protocolli riabilitativi basati su differenti tecniche (Systematic Review 2010 - Smith TO et al.) La riabilitazione postoperatoria precoce dà nel breve periodo benefici particolarmente sulla mobilità articolare (Systematic Review 2006-Smith TO et al.) In aggiunta alla terapia riabilitativa convenzionale , le prove di efficacia disponibili sottolineano l'efficacia del training progressivo di resistenza in acqua in particolare sulla forza muscolare e sulla limitazione della mobilità (RCT 2010- Anu Valtonen et al.), e l'uso di bracing pneumatico (Revisione Cochrane 2005- Rome K et al.) Il programma riabilitativo e la sua modalità di erogazione (frequenza giornaliera e settimanale, setting terapeutico) verrà formulato sulla base della valutazione del paziente.	228,2
b) Frattura della tibia e del perone															
c) Frattura della caviglia															
d) Frattura di una o più ossa del tarso e metatarso															
e) Frattura di una o più falangi del piede															

* Le "Prestazioni diagnostiche valutative" erogate nei pacchetti, non generano costi aggiuntivi;

** Tale scelta nei programmi individuali non genera costi aggiuntivi

*** da intendersi come n°max erogabile in 1 anno solare

Descrizione condizione	Codice ICD9CM	Codice ICD 10	Codici ICF			Tempo appropriato di inizio dall'evento (GG.)	Obiettivi intervento	Tempi medi recupero (GG.)	N. medio pacchetti per la condizione	Tempo medio x seduta	Prestazioni diagnostiche- valutative almeno 2 (*)	Pacchetti Prestazioni		Razionale	ALLEGATO TECNICO PARTE B)
			Funzioni	Strutture	Attività							Rieducazione funzionale	Terapia strumentale		Costo di un pacchetto in Euro
LUSSAZIONI ARTO INFERIORE 12	a) Lussazione del ginocchio (esiti funzionali)	836 (da .3 a .69) 837 838	S83 S93	b280 b710 b715 b730 b735	s750	d410 d435 d446 d450 d455 d475 d620 d640	Identificati dai codici ICF	60	2	30'	a) 93.01.2 Valutazione funzionale segmentaria b) 93.05.01 Analisi cinematica dell'arto superiore o inferiore o del tronco c) 93.05.02 Analisi dinamometrica dell'arto superiore o inferiore o del tronco d) 93.05.5 Test stabilometrico statico e dinamometrico e) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.22 Training deambulatori e del passo b) 93.11.4 Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice Incluso: Biofeedback c) 93.19.1 - 93.19.2 Esercizi posturali propriocettivi individuali o collettivi d) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	a) 93.39.07 Elettroterapia di muscoli normo o denervati di altri distretti b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	Allo stato attuale la terapia fisica rappresenta l'indispensabile complemento alla terapia sia chirurgica che di immobilizzazione delle lussazioni degli arti e l'opzione terapeutica di elezione in modalità combinata all'interno di un programma fisioterapico, in quanto non sono evidenti risultati di efficacia maggiore per somministrazione di singoli trattamenti (Review Cochrane 2004 - Handoll HHG, et al.) anche se le recidive sono minori nei pazienti trattati chirurgicamente rispetto agli altri (Systematic Review 2004- Gibson K et al.).	228,2
	b) Lussazione della caviglia (esiti funzionali)														
	c) Lussazione del piede (esiti funzionali)														
DISTORSIONI ARTO INFERIORE 13	a) Distorsione dell'anca (esiti funzionali)	843 844 845	S73 S83 S93	b280 b710 b715 b730	s750	d220 d410 d435 d450 d455 d475 d510 d520 d540 d620 d640	Identificati dai codici ICF	30	1	30'	a) 93.01.2 valutazione funzionale segmentaria b) 93.04.2 Bilancio articolare e muscolare segmentario c) 93.05.1 Analisi cinematica dell'arto superiore o inferiore o del tronco d) Analisi Dinamometrica dell'arto superiore o inferiore o del tronco e) 93.08.1 Elettromiografia semplice-Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo f) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.22 Training deambulatori e del passo b) 93.11.4 rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice Incluso: Biofeedback c) 93.19.1 Esercizi posturali propriocettivi d) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	a) 93.39.7 Elettroterapia dei muscoli normo o denervati di altri distretti b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	Un intervento precoce di fisioterapia ha un effetto positivo sulla funzione dopo una distorsione acuta (RCT 2010-Hultman K. Et al.). Il trattamento funzionale versus l'immobilizzazione sembra essere la strategia più favorevole nelle forme acute (Cochrane Review 2002 - Kerkhoffs GMMJ et al.) e si dimostra associato a miglioramenti della stabilità articolare sia a livello posturale che della funzione riferita dal paziente(Systematic Review 2010 - Webster KA et al.). Inoltre la mobilizzazione precoce intensiva consente un più rapido ritorno alle attività riduce l'edema e il dolore rispetto al trattamento in immobilizzazione (RCT 1994 - Dettori JR. et al.), oltre che a migliorare la funzione articolare(RCT 2010 - Bleakley CM et al.) Tra le altre opzioni terapeutiche, la terapia manuale può ridurre significativamente la sintomatologia postdistorsiva di breve periodo, mentre il training neuromuscolare può prevenire le recidive (Systematic Review 2008 - Bleakley CM et al.)	230,4
	b) Distorsione del ginocchio (esiti funzionali)														
	c) Distorsione della caviglia (esiti funzionali)														

* Le "Prestazioni diagnostiche valutative" erogate nei pacchetti, non generano costi aggiuntivi;

** Tale scelta nei programmi individuali non genera costi aggiuntivi

*** da intendersi come n°max erogabile in 1 anno solare

Descrizione condizione	Codice ICD9CM	Codice ICD 10	Codici ICF			Tempo appropriato di inizio dall'evento (GG.)	Obiettivi intervento	Tempi medi recupero (GG.)	N. medio pacchetti per la condizione	Tempo medio x seduta	Prestazioni diagnostiche- valutative almeno 2 (*)	Pacchetti Prestazioni		Razionale	ALLEGATO TECNICO PARTE B)
			Funzioni	Strutture	Attività							Rieducazione funzionale	Terapia strumentale		Costo di un pacchetto in Euro
14 Disturbi della rotula, lesioni capsulo-legamentose del ginocchio e del menisco (Trattamento post chirurgico)	717 844	S83	b280 b710 b715 b730 b735	s750	d410 d435 d455	0-7 giorni dalla dimissione	Identificati dai codici ICF	45	2	30'	a) 93.01.2 Valutazione funzionale segmentaria b) 93.05.01 Analisi cinematica dell'arto superiore o inferiore o del tronco c) 93.05.02 Analisi dinamometrica dell'arto superiore o inferiore o del tronco d) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.1 Rieducazione motoria attiva e/o passiva b) 93.16 mobilizzazione di altre articolazioni c) 93.22 training deambulatori e del passo d) 93.19.1 Esercizi posturali - propriocettivi e) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	a) 93.39.7 Elettroterapia dei muscoli normo o denervati di altri distretti b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	Il programma fisioterapico nelle sindromi dolorose femoro-rotulee deve affrontare le alterazioni specifiche di ogni paziente considerando fattori quali forza, allineamento del tronco, dell'anca e del piede (Ireland ML et al., 2003). Il trattamento deve iniziare in fase immediatamente post acuta e deve prevedere la mobilizzazione, il recupero muscolare e la rieducazione al carico e alla deambulazione. Per ridurre il dolore e migliorare la funzione si sono dimostrati efficaci anche il biofeedback e l'utilizzo di cerotti per fissare la rotula (Bizzini M et al. 2003). Dopo intervento chirurgico l'intervento riabilitativo ha come obiettivo quello di favorire il recupero funzionale garantendo la protezione del trapianto e prevenendo le complicanze post operatorie. Una recente revisione ha evidenziato che l'obiettivo principale del trattamento post operatorio è quello di affrontare il controllo del dolore, range di movimento, rafforzamento del quadricipite e controllo prossimale dell'arto inferiore. (Fithian DC et al., 2010). Una recente revisione (Fithian DC et al., 2010) ha evidenziato che un protocollo accelerato senza rinforzo post operatorio, in cui gli obiettivi più importanti sono la riduzione del dolore del gonfiore e dell'infiammazione, riguadagnando range di movimento, forza e controllo neuromuscolare, offre importanti vantaggi e non comporta	215,8
15 Traumatismo di nervi dell'anca e della coscia (compreso gamba, caviglia e piede) esiti funzionali	907,5	S74	b265 b280 b710 b730 b735 b760 b770	s740 s750	d410 d420 d430 d435 d450 d455 d470 d475 d540 d640	7 - 21	Identificati dai codici ICF	150	3	45'	a) 93.01.3 Valutazione monofunzionale b) 93.04.2 Valutazione manuale di funzione muscolare (bilancio articolare e muscolare segmentario catena cinetica) c) 93.08.1 Elettromiografia semplice d) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.1 Rieducazione motoria attiva e/o passiva b) 93.22 Training deambulatori e del passo c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	a) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	Un programma fisioterapico rappresenta, allo stato attuale l'indispensabile complemento o una vera e propria alternativa alla terapia chirurgica e/o di immobilizzazione nei traumatismi di nervi di anca, coscia, gamba e caviglia. E' infatti l'opzione terapeutica di elezione in modalità combinata (mobilizzazione articolare, tecniche di terapia manuale, rieducazione motoria, stimolazione elettrica neuromuscolare) (Cochrane Review - 2009, Cameron ID et al.) e multidisciplinare (Systematic review - 2007, Albert J et al.). Non sono evidenti risultati di efficacia maggiore per somministrazione di singoli trattamenti (Cochrane Review 2010, Crotty M et al). La riabilitazione motoria precoce dei traumatismi di nervi dell'arto inferiore, attraverso un trattamento funzionale (Cochrane Review 2002, Kerkhoffs GMMJ et al) è una valida strategia da preferire alla immobilizzazione seguita da tardiva riabilitazione motoria. In particolare, nel breve periodo, c'è forte evidenza dell'efficacia di tecniche di mobilizzazione articolare (Clinical Trial 2007, Reid A et al), della stimolazione elettrica neuromuscolare combinata all'esercizio (Systematic Review 2010, KIM K-M et al), della terapia manuale (Systematic Review 2008, Bleakley CM et al), nella riduzione dei sintomi e nel miglioramento funzionale. Nel lungo periodo gli esercizi a catena cinetica chiusa ed aperta (Cochrane Review 2003, Heintjes E et al) mostrano una maggiore efficacia, mentre un programma di esercizi di resistenza progressiva consente miglioramenti nelle performances fisiche e nella qualità di vita del paziente (RCT 20101, Mangione KK et al).	152,9

* Le "Prestazioni diagnostiche valutative" erogate nei pacchetti, non generano costi aggiuntivi;

** Tale scelta nei programmi individuali non genera costi aggiuntivi

*** da intendersi come n°max erogabile in 1 anno solare

Descrizione condizione	Codice ICD9CM	Codice ICD 10	Codici ICF			Tempo appropriato di inizio dall'evento (GG.)	Obiettivi Intervento	Tempi medi recupero (GG.)	N. medio pacchetti per la condizione	Tempo medio x seduta	Prestazioni diagnostiche- valutative almeno 2 (*)	Pacchetti Prestazioni		Razionale	ALLEGATO TECNICO PARTE B)
			Funzioni	Strutture	Attività							Rieducazione funzionale	Terapia strumentale		Costo di un pacchetto in Euro
16 Traumatismo di muscoli e tendini della gamba (esiti funzionali)	959,6	S86	b280 b730 b735 b760 b770	s750	d410 d415 d430 d435 d450 d455 d475 d640	dipendente dall'entità del danno	Identificati dai codici ICF	60	2	30'	a) 93.01.2 Valutazione funzionale segmentaria b) 93.01.3 Valutazione monofunzionale c) 93.04.2 Valutazione manuale di funzione muscolare segmentaria (catena cinetica dell'arto inferiore) d) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.1 Rieducazione motoria attiva e/o passiva b) 93.19.1 Esercizi posturali - propriocettivi c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	a) 93.39.7 Elettroterapia dei muscoli normo o denervati b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	I tempi di recupero sono dipendenti dall'entità del danno tissutale (1°, 2° o 3° grado) (Kellat 1986.Acute soft tissue injuries : a review of the literature). Il trattamento precoce ha inizio con una mobilizzazione cauta e massaggi delicati a monte e a valle della lesione per favorire la giusta crescita e il corretto allineamento spaziale delle fibre e ridurre le aderenze con i tessuti circostanti.. La riabilitazione si baserà sull'educazione del paziente, sulla riduzione progressiva dei tempi di applicazione dei dispositivi di protezione, stecche, cerotti e bendaggi, sulla mobilizzazione attivo-assistita e poi attiva. (Good Practice Point)	215,8
17 Frattura della colonna vertebrale senza menzione di lesione del midollo spinale	805	T08	b280 b710 b715 b730	S760	d410 d445 d450 d455 d475 d510 d520 d540 d620 d640	0 - 7 dall'avvenuta consolidazione	Identificati dai codici ICF	60	3	30'	a) 93.01.3 Valutazione monofunzionale b) 93.04.02 Valutazione manuale di funzione articolare: bilancio articolare e muscolare Segmentario oppure c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.4 Rieducazione motoria in motuleso segmentale semplice b) 93.19.1 esercizi posturali propriocettivi (individuale) c) 93.19.2 esercizi posturali in gruppo d) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	a) 93.39.8 Magnetoterapia b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	Per lo stato dell'arte la terapia fisica rappresenta l' indispensabile complemento alla terapia chirurgica e/o di immobilizzazione delle fratture vertebrali, e costituisce l'opzione terapeutica di elezione (mobilizzazione segmentaria e globale, rieducazione globale propriocettiva), in modalità articolata, secondo le relative disponibili prove d'efficacia. In particolare, nell'immediato postoperatorio delle fratture vertebrali gli esercizi e la terapia manuale (RCT 2010- Bennell KL et al.) garantiscono vantaggi nella gestione clinica precoce del paziente. Nel successivo periodo (dalle 4 alle 6 settimane dopo l'intervento) per programmi intensivi di esercizi c'è forte evidenza di beneficio (Systematic Review 2003- Ostelo RW et al.), di più veloce decremento del dolore e della disabilità del paziente (Cochrane Review 2008- Ostelo RWJG et al.). Nel periodo ancora successivo il paziente trova beneficio nella terapia fisica e in un programma progressivo di deambulazione su treadmill con supporto del peso corporeo (RCT 2006- Whitman Julie M et al.).Il programma riabilitativo e la sua modalità di erogazione (frequenza giornaliera e settimanale, setting terapeutico) verrà formulato sulla base della valutazione del paziente.	221,3

* Le "Prestazioni diagnostiche valutative" erogate nei pacchetti, non generano costi aggiuntivi;

** Tale scelta nei programmi individuali non genera costi aggiuntivi

*** da intendersi come n°max erogabile in 1 anno solare

Descrizione condizione	Codice ICD9CM	Codice ICD 10	Codici ICF			Tempo appropriato di inizio dall'evento (GG.)	Obiettivi Intervento	Tempi medi recupero (GG.)	N. medio pacchetti per la condizione	Tempo medio x seduta	Prestazioni diagnostiche- valutative almeno 2 (*)	Pacchetti Prestazioni		Razionale	ALLEGATO TECNICO PARTE B)
			Funzioni	Strutture	Attività							Rieducazione funzionale	Terapia strumentale		Costo di un pacchetto in Euro
18 Frattura del bacino (esiti funzionali)	808	T02	b280 b710 b715 b730	S750	d410 d450 d455 d475 d510 d540 d620 d640	0 - 7 dall'avvenuta consolidazione	Identificati dai codici ICF	30	2	30'	a) 93.04.02 Valutazione manuale di funzione articolare: bilancio articolare e muscolare segmentario b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.4 Rieducazione motoria in motuleso segmentale semplice b) 93.22 Training deambulatori e del passo c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	a) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	Allo stato attuale la terapia fisica rappresenta l' indispensabile complemento alla terapia chirurgica e/o di immobilizzazione delle fratture del bacino e costituisce all'interno di un programma fisioterapico l'opzione terapeutica di elezione, in modalità articolata in quanto non sono evidenti risultati di efficacia maggiore per somministrazione di singole strategie di intervento (Systematic Review Cochrane 2010- Crotty M et al.) Le fratture di bacino dovrebbero essere trattate riabilitativamente secondo le più aggiornate evidenze per ottenere i migliori risultati possibili e un uso ottimale di risorse limitate (Hip fractures Evidence-based Guidelines Update 2010). Nell'immediato postoperatorio delle fratture del bacino la riabilitazione multidisciplinare (Systematic Review Cochrane 2009- Handoll HHG. et al.), insieme a programmi riabilitativi coordinati (Systematic Review 2005 - Cameron ID), e alla fisioterapia in acqua (RCT 2009- Ann E. Rahmann et al.) consentono complessivamente risultati migliori Nella riabilitazione postoperatoria non in regime di ricovero programmi di riabilitazione domiciliare (RCT 2005- Jau-Yih Tsauo et al.), precoce deambulazione (RCT 2006- Oldmeadow LB et al.) , training su tapisroulaint con sostegno corporeo (NRCT 2009- Giangregorio LM et al.) accelerano il recupero funzionale e delle DLA. Il programma riabilitativo e la sua modalità di erogazione (frequenza giornaliera e settimanale, setting terapeutico) verrà formulato sulla base della valutazione del paziente.	221,3
19 Lussazione della mandibola (esiti funzionali)	830	M24	b280 b710 b715 b730	s710	d330	7 - 10 giorni dalla diagnosi/evento	Identificati dai codici ICF	60	2	30'	a) 93.01.2 Valutazione monofunzionale b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.4 Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice b) 93.16 mobilizzazione di altre articolazioni c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	a) 93.39.6 Elettroterapia muscoli normo o denervati viso o mano b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	Il programma riabilitativo consiste in terapia manuale ed esercizi di mobilizzazione articolare specifici sia della regione temporomandibolare che di quella del rachide cervicale. Il trattamento tende a ridurre il dolore, sia alla pressione che all'apertura della bocca, e a ripristinare l'omeostasi posturale, il tono e la coordinazione muscolare (La Touche R, 2009)	231,6

* Le "Prestazioni diagnostiche valutative" erogate nei pacchetti, non generano costi aggiuntivi;

** Tale scelta nei programmi individuali non genera costi aggiuntivi

*** da intendersi come n°max erogabile in 1 anno solare

Descrizione condizione	Codice ICD9CM	Codice ICD 10	Codici ICF			Tempo appropriato di inizio dall'evento (GG.)	Obiettivi intervento	Tempi medi recupero (GG.)	N. medio pacchetti per la condizione	Tempo medio x seduta	Prestazioni diagnostiche - valutative almeno 2 (*)	Pacchetti Prestazioni		Razionale	ALLEGATO TECNICO PARTE B)
			Funzioni	Strutture	Attività							Rieducazione funzionale	Terapia strumentale		Costo di un pacchetto in Euro
20 Distorsione del rachide, della regione sacroiliaca e di altre parti non specificate del dorso (esiti funzionali)	846 847	T08	b280 b710 b715	s760	d220 d410 d420 d430 d435 d450 d455 d475 d510 d520 d620 d640	7 - 15 giorni dall'evento	Identificati dai codici ICF	60	2	30'	a) 93.01.2 Valutazione funzionale segmentaria (intero rachide) b) 93.04.2 Bilancio articolare e muscolare segmentario (intero rachide) c) 93.05.4 Test posturografico d) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.1 Rieducazione motoria attiva e/o passiva c) 93.19.1 Esercizi posturali-proprioceettivi d) 93.15 Mobilizzazione della colonna vertebrale e) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	a) 93.39.7 Elettroterapia di muscoli normo o denervati di altri distretti b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	Importantissima è la diagnosi e utile la valutazione funzionale attraverso tests di positività al dolore di elevata sensibilità e specificità che possono essere utilizzati anche per controllare il sintomo dolore e l'efficacia di trattamenti specifici (Laslett M. et al 2008).La riabilitazione motoria precoce (nelle prime due settimane) attraverso un trattamento funzionale attivo, senza immobilizzazione (Systematic Review 2002, Weinhardt C et al) è una strategia altamente raccomandata sia per i precoci vantaggi che per la sua economicità (RCT 1997, Giebel GD). In particolare, nel breve periodo, c'è forte evidenza dell'efficacia di tecniche di mobilizzazione articolare (RCT 1998, Borchgrevink GE et al) effettuate senza immobilizzazione del paziente e di esercizi di stretching (RCT 2003, Harvey LA et al), rispetto alla riduzione del dolore, all'aumento della forza e della flessibilità del paziente e alla sua qualità di vita.	221,3
21 Disturbi dei plessi e delle radici nervose (associata a stenosi del canale vertebrale cervicale o lombare) Solo in presenza di limitazione algofunzionale	353 723 724	G54	b265 b280 b730 b735 b780	s120	d410 d415 d430 d435 d440 d445 d450 d455 d475 d620 d640 d510 d540	0 - 7 giorni dalla diagnosi	Identificati dai codici ICF	150	3	45'	a) 93.01.2 Valutazione funzionale segmentaria b) 93.04.1 Valutazione manuale di funzione muscolare (bilancio muscolare ed articolare del rachide) c) 93.05.1 Analisi cinematica e/o dinamometrica del tronco d) 93.08.1 Elettromiografia semplice (EMG) e) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.1 Rieducazione motoria attiva e/o passiva b) 93.11.4 Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice c) 93.15 Mobilizzazione della colonna vertebrale d) 93.19.1 93.19.2.Esercizi posturali - proprioceettivi individuali o collettivi e) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	a) 93.39.7 Elettroterapia di muscoli normo o denervati di altri distretti b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	Il programma fisioterapico deve privilegiare la modalità combinata (Massoterapia, esercizi di rinforzo muscolare e di flessibilità, tecniche di stabilizzazione, elettroterapia) (Cochrane Review 2009, Cameron ID et al) e multimodale (RCT 2003, Wunschmann BW et al.) in quanto non sono evidenti risultati di efficacia maggiore per somministrazione di singoli trattamenti (Systematic Review 2000, Van Tulder M et al). Nel post operatorio (almeno 4-6 settimane dopo l'intervento) c'è una forte evidenza di efficacia di un programma riabilitativo intensivo (Systematic Review 2003, Ostelo RW et al.), con una più rapida regressione della disabilità rispetto a programmi a bassa intensità (Cochrane Review 2008, Ostelo RW et al), con una riduzione del dolore e dei costi a carico del paziente (RCT 2007, Mannion AF et al.) e con un miglioramento dei parametri funzionali (RCT 2009, Koc Zet et al.).Il trattamento conservativo rimane una ragionevole opzione (Prospective Study 2003, Houédakor J et al.) attraverso tecniche di terapia manuale combinate ad esercizi di flessione chemigliortano la mobilità intervertebrale e neurale, la funzione muscolare (2003, Rademeyer I) e attraverso esercizi aerobici e di rinforzo muscolare che riducono il dolore e migliorano la funzione fisica (Systematic Review 2010, Iwamoto J et al.).	255,4

* Le "Prestazioni diagnostiche valutative" erogate nei pacchetti, non generano costi aggiuntivi;

** Tale scelta nei programmi individuali non genera costi aggiuntivi

*** da intendersi come n°max erogabile in 1 anno solare

Descrizione condizione	Codice ICD9CM	Codice ICD 10	Codici ICF			Tempo appropriato di inizio dall'evento (GG.)	Obiettivi intervento	Tempi medi recupero (GG.)	N. medio pacchetti per la condizione	Tempo medio x seduta	Prestazioni diagnostiche- valutative almeno 2 (**)	Pacchetti Prestazioni		Razionale	ALLEGATO TECNICO PARTE B)
			Funzioni	Strutture	Attività							Rieducazione funzionale	Terapia strumentale		Costo di un pacchetto in Euro
22 Compressione dei plessi e delle radici nervose (associata a sindrome brachialgica o sciatalgica) Solo in presenza di limitazione algofunzionale persistente	723.3 724.3 722 722.10	G55	b280 b730 b735 b760 b770 b780	s120	d410 d415 d420 d430 d435 d440 d445 d450 d455 d470 d475 d510 d540 d620 d640	0 - 7 giorni dalla diagnosi	Identificati dai codici ICF	120	3	30'	a) 93.01.2 Valutazione funzionale segmentaria b) 93.04.1 Valutazione manuale di funzione muscolare (bilancio articolare e muscolare) c) 93.05.1 Analisi cinematica e/o dinamometrica del tronco d) 93.08.1 Elettromiografia semplice (EMG) e) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.1 Rieducazione motoria attiva e/o passiva b) 93.11.4 Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice c) 93.15 Mobilizzazione della colonna vertebrale d) 93.19.2 Esercizi posturali - propriocettivi e) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	a) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	La riabilitazione motoria precoce, attraverso un trattamento funzionale combinato (mobilizzazione articolare passiva e attiva, tecniche di terapia manuale, esercizi di stabilizzazione spinale, training di rieducazione motoria, stimolazione elettrica neuromuscolare) (RCT 2006, Cairns MC et al), è una valida strategia da preferire alla immobilizzazione e al riposo seguiti da tardiva riabilitazione motoria, soprattutto in relazione alla riduzione del dolore e al miglioramento funzionale (Cochrane Review 2010, Dahm KT). In particolare, nel breve periodo, c'è forte evidenza di opzione strategica preferenziale, in termini di efficacia e di risorse economiche, di tecniche di mobilizzazione articolare di breve periodo (RCT 2005, Klaber Moffett JA), della elettroterapia interferenziale (RCT 2001, Hurley DA et al), della terapia manuale di mobilizzazione spinale (RCT 2003 Korthals-de Bos IB et al), di una terapia attiva individuale (RCT 2007, Roche G et al).	152,9
23 Limitazione algofunzionale da mal di schiena acuto/postacuto Persistente (2-3 sett.) e o recidivante	737.10 737.20	M61	b280 b710 b730 b750 b760 b770	s760	d410 d415 d420 d430 d449 d450 d455 d460 d470 d475 d510 d540 d620 d640 d650 d660 d770	5 - 30 giorni dall'esordio	Identificati dai codici ICF	40	1 - (max due in 1 anno solare)	30'	a) 93.01.1 Valutazione funzionale globale b) 93.04.1 Valutazione manuale di funzione muscolare c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.1 Rieducazione motoria attiva e/o passiva b) 93.11.5 Rieducazione motoria in gruppo c) 93.15 Mobilizzazione della colonna vertebrale d) 93.19.1 - 93.19.2 Esercizi posturali - propriocettivi individuali o collettivi e) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	a) 93.39.8 Magnetoterapia a bassa frequenza b) 93.35.2 Irradiazione infrarossa c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	Il trattamento fisioterapico individuale è efficace sul miglioramento del dolore e dello stato funzionale in forma combinata sia con tecniche di rieducazione motoria che di terapia fisica strumentale particolarmente nelle forme sub acute. Nelle forme recidivanti la terapia di gruppo è sostenuta da moderate evidenze nel medio/lungo termine. (Review Cochrane 2008, Hayden J et al. - 2011 Heymans MW et al)	255,4

* Le "Prestazioni diagnostiche valutative" erogate nei pacchetti, non generano costi aggiuntivi;

** Tale scelta nei programmi individuali non genera costi aggiuntivi

*** da intendersi come n°max erogabile in 1 anno solare

Descrizione condizione	Codice ICD9CM	Codice ICD 10	Codici ICF			Tempo appropriato di inizio dall'evento (GG.)	Obiettivi intervento	Tempi medi recupero (GG.)	N. medio pacchetti per la condizione	Tempo medio x seduta	Prestazioni diagnostiche- valutative almeno 2 (*)	Pacchetti Prestazioni		Razionale	ALLEGATO TECNICO PARTE B)
			Funzioni	Strutture	Attività							Rieducazione funzionale	Terapia strumentale		Costo di un pacchetto in Euro
24 Alterazioni di continuità dell'osso (Mancata consolidazione)	733.82	M84	b280 b729 b730 b735	s730 s750 s760	d410 d415 d430 d435 d445 d450 d455 d460 d475 d510 d520 d540	Identificati dai codici ICF	120	3	45'	a) 93.01.2 Valutazione funzionale segmentaria b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.1 Rieducazione motoria attiva e/o passiva b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	a) 93.39.8 Magnetoterapia b) 93.39.7 Elettroterapia dei muscoli normo o denervati c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	Il programma riabilitativo deve prevedere, oltre alla terapia strumentale, la mobilizzazione del tratto interessato e un'attività motoria con contrazioni muscolari, oltre a una rieducazione motoria attiva. (Good Practice Point)	214,5	
25 a) Calcificazione e ossificazione dei muscoli (come complicanza di eventi traumatici recenti) b) Malattie dei tessuti molli correlati ad uso eccessivo, pressione	728.1 - 728.12	M61 M70	b280 b749	s770	s770	Identificati dai codici ICF	60	2	30'	a) 93.01.2 Valutazione funzionale segmentaria b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.1 Rieducazione motoria attiva e/o passiva b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	a) 93.39.8 Magnetoterapia b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	Un intervento precoce di fisioterapia e la mobilizzazione accelera il recupero funzionale e migliora l'outcome (Good Practice Point)	152,9	

* Le "Prestazioni diagnostiche valutative" erogate nei pacchetti, non generano costi aggiuntivi;

** Tale scelta nei programmi individuali non genera costi aggiuntivi

*** da intendersi come n°max erogabile in 1 anno solare

Descrizione condizione	Codice ICD9CM	Codice ICD 10	Codici ICF			Tempo appropriato di inizio dall'evento (GG.)	Obiettivi Intervento	Tempi medi recupero (GG.)	N. medio pacchetti per la condizione	Tempo medio x seduta	Prestazioni diagnostiche- valutative almeno 2 (*)	Pacchetti Prestazioni		Razionale	ALLEGATO TECNICO PARTE B)
			Funzioni	Strutture	Attività							Rieducazione funzionale	Terapia strumentale		Costo di un pacchetto in Euro
Esiti di intervento per impianto di artroprotesi a) Ginocchio b) Spalla c) Anca	V43.60 V43.61 V43.64 V43.65	Z45	b280 b710 b715 b730 b750 b770 b810	s720 s730 s750	d410 d415 d430 d449 d450 d455 d460 d470 d475 d510 d540 d620 d640 d650 d660 d770	subito dopo la dimissione ospedaliera in paziente stabilizzato	Identificati dai codici ICF	120 che diventano 150 nella protesi completa di spalla	3 (4 nella protesi completa di spalla)	45'	a) 93.04.2 Valutazione manuale di funzione muscolare b) 93.05.1 Analisi cinematica dell'arto superiore o inferiore o del tronco c) 93.05.2 Analisi dinamometrica dell'arto superiore o inferiore o del tronco d) 93.05.5 Test stabilometrico statico e dinamico e) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.1 Rieducazione motoria attiva e passiva b) 93.19.1 Esercizi posturali - propriocettivi c) 93.22 Training deambulatorio e del passo d) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	a) 93.39.7 Elettroterapia dei muscoli normo o denervati b) 93.39.8 magnetoterapia c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	GINOCCHIO Il trattamento fisioterapico migliora il ROM articolare in flessione del ginocchio (RCT - Chow TP et al. 2010). Il trattamento attraverso l'esercizio funzionale fino a 3-4 mesi è efficace, ulteriori benefici oltre questo periodo non sono evidenti (studio con metanalisi 2007 Minns L et al.). I primi miglioramenti in seguito alla riabilitazione, si evidenziano dopo circa 6 settimane dall'intervento chirurgico (Ahimed R et al. 2010). SPALLA: l'attivazione precoce con un protocollo di fisioterapia completo, ben definito e controllato è sicuramente consigliato. La mobilizzazione precoce ma cauta è infatti utile per prevenire lo sviluppo della rigidità della spalla (Amifeyz R, 2008) I risultati sono il miglioramento del dolore sia a riposo che durante tutta la gamma dei movimenti (RCT 2008, Hultenheim Klinberg et al.), anche se non sono evidenti risultati statisticamente significativi a favore di una mobilizzazione precoce piuttosto che tardiva (RCT 2007, Agorestides I et al.). Il protocollo riabilitativo è specifico ed individuale ed è collegato al tipo di protesi. Mira al ripristino della funzionalità muscolare ed articolare (Drake CN, 2007) e deve essere progettato per ripristinare l'intero meccanismo di stabilizzazione muscolare e migliorare la funzionalità dell'arto nel suo insieme (Pasiero PT, 2009). ANCA: La fisioterapia dopo la fase ospedaliera è utile (Minin MC, 2010) e riduce e facilita il recupero funzionale (Sharma V, 2010). Il programma specifico è condotto a seconda delle vie di accesso utilizzate durante l'intervento chirurgico e mira al controllo del dolore e, in maniera graduale, al miglioramento del ROM articolare, al rinforzo muscolare, alla stabilità e al recupero della deambulazione (Lesch DC, 2010). Miglioramenti sono stati osservati a 12 settimane dall'intervento anche utilizzando un programma fisioterapico in terapia di gruppo che si è dimostrata una modalità di erogazione efficiente (CT Gultrio CR, 2009). La stimolazione elettrica è efficace per migliorare la forza muscolare (Oskanian TL, 2008)	255,4

26

* Le "Prestazioni diagnostiche valutative" erogate nei pacchetti, non generano costi aggiuntivi;

** Tale scelta nei programmi individuali non genera costi aggiuntivi

*** da intendersi come n°max erogabile in 1 anno solare

Regione Campania - Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario (Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/04/2010)

Descrizione condizione	Codice ICD9CM	Codice ICD 10	Codici ICF			Tempo appropriato di inizio dall'evento (GG.)	Obiettivi Intervento	Tempi medi recupero (GG.)	N. medio pacchetti per la condizione	Tempo medio x seduta	Prestazioni diagnostiche- valutative almeno 2 (*)	Pacchetti Prestazioni		Razionale	ALLEGATO TECNICO PARTE B)
			Funzioni	Strutture	Attività							Rieducazione funzionale	Terapia strumentale		Costo di un pacchetto in Euro
27 Trauma da parto del sistema nervoso periferico senza lesione completa del tronco nervoso (paralisi ostetrica)	767.7	P14	b265 b270 b730	s710 s720	d410 d415 d445	10 - 30 giorni dalla nascita	Identificati dai codici ICF	180	5	30'	a) 93.01.2 Valutazione funzionale segmentaria b) 93.04.2 Valutazione manuale di funzione muscolare (bilancio articolare e muscolare catena cinetica) c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.4 Rieducazione motoria segmentale in motuleso segmentale b) 93.16 Mobilizzazione di altre articolazioni c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	a) 93.39.7 Elettroterapia dei muscoli normo o denervate b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	Sebbene il trattamento fisioterapico basato sui principi neurofisiologici non sia ancora stato supportato da prove certe, esso deve essere comunque somministrato per i primi 6 mesi di vita del bambino. Risultati migliori sono legati alla precocità della presa in carico (Review 2009 Bahm J et al)	231,6
28 Deformità congenita dell'anca seguito di trattamento ortopedico (displasia dell'anca)	754.3 754.30 754.31	Q65	b715 b730	s720	d450	0-7 giorni dopo l'immobilizzazione o intervento chirurgico	Identificati dai codici ICF	30	2	30'	a) 93.01.2 Valutazione funzionale segmentaria b) 93.04.2 Valutazione manuale di funzione muscolare c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.1 Rieducazione motoria attiva e/o passiva b) 93.16 Mobilizzazione di altre articolazioni c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	a) 93.39.7 Elettroterapia dei muscoli normo o denervati b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	Nei bambini un programma di abilitazione fisioterapica è utile per favorire la mobilità articolare, l'equilibrio e la funzione deambulatoria all'interno dello sviluppo motorio nelle sue tappe fisiologiche (Good Practice Point). Negli adulti l'intervento postchirurgico precoce è utile e segue un programma specifico a seconda delle vie di accesso utilizzate durante l'intervento chirurgico. Si basa sul controllo del dolore, sul miglioramento del ROM articolare, sul rinforzo muscolare, la stabilità, il recupero della deambulazione. (Rottinger H, 2006 e Goto et al., 2009)	231,6
29 deformazione dei piedi (piede torto congenito)	754 754.50 754.51 754.52 754.53 754.59	Q66	b715 b730	s750	d450	10 - 20 giorni dalla nascita	Identificati dai codici ICF	60	3	30'	a) 93.01.2 Valutazione funzionale segmentaria b) 93.01.3 Valutazione monofunzionale c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.1 Rieducazione motoria attiva e/o passiva b) 93.16 Mobilizzazione di altre articolazioni c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	a) 93.39.7 Elettroterapia dei muscoli normo o denervati b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	Un programma di fisioterapia precoce e intensivo è efficace e prevede tecniche di manipolazione e mobilizzazione. Utile anche il trattamento indiretto con l'addestramento del care giver (Good Practice Point)	231,6

* Le "Prestazioni diagnostiche valutative" erogate nei pacchetti, non generano costi aggiuntivi;

** Tale scelta nei programmi individuali non genera costi aggiuntivi

*** da intendersi come n°max erogabile in 1 anno solare

Descrizione condizione	Codice ICD9CM	Codice ICD 10	Codici ICF			Tempo appropriato di inizio dall'evento (GG.)	Obiettivi Intervento	Tempi medi recupero (GG.)	N. medio pacchetti per la condizione	Tempo medio x seduta	Prestazioni diagnostiche- valutative almeno 2 (*)	Pacchetti Prestazioni		Razionale	ALLEGATO TECNICO PARTE B)
			Funzioni	Strutture	Attività							Rieducazione funzionale	Terapia strumentale		Costo di un pacchetto in Euro
30 Torcicollo miogeno congenito del neonato	754.1	Q67	b510 b710 b730 b735	s710	d 415	10 - 30 giorni dalla nascita	Identificati dai codici ICF	60	3	30'	a) 93.01.2 Valutazione funzionale segmentaria b) 93.01.3 Valutazione monofunzionale c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.1 Rieducazione motoria attiva e/o passiva b) 93.16 Mobilizzazione di altre articolazioni b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	a) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	Il risultato migliore, sia per scongiurare un eventuale intervento chirurgico, sia per ottenere un recupero soddisfacente è condizionato alla precocità della diagnosi e dell'inizio del trattamento fisioterapico che deve coinvolgere anche i genitori, soprattutto in quelle forme dove non c'è presenza di asimmetria facciale. (Petronic I. et al., 2010)	152,9
31 Disturbi della voce di origine funzionale (compresi noduli, polipi, edemi e prolapsi) e negli esiti di cordectomia semplice e paralisi cordale ricorrentiale	478.30 478.31 478.32 478.33 478.34 478.4 478.5 784.40 784.41 784.49	R49	b310 b340 b440	s340 s398 s399 s430	d330	30 - 60 giorni dalla diagnosi e/o dall'intervento di cordectomia	Identificati dai codici ICF	150	3	30'	a) 93.01.2 valutazione funzionale segmentaria b) 93.01.3 Valutazione monofunzionale c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.18.1 Esercizi respiratori b) 93.72.2 Training logopedico c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)		La terapia logopedica è efficace per migliorare la funzione vocale attraverso la combinazione di interventi diretti e indiretti che devono essere previsti nel programma riabilitativo integrandosi durante il tempo previsto per la durata media del trattamento (Review Cochrane 2007 - Ruotsalainen JH et al.). In presenza di indicazione chirurgica per presenza di noduli od altra patologia di natura comunque funzionale, la presa in carico deve comunque prevedere un periodo di trattamento pre intervento (n. 1 pacchetto) e il completamento subito dopo l'intervento chirurgico (Good Practice Point). Il programma riabilitativo viene erogato esclusivamente in piccoli gruppi (3-5 pazienti) omogenei per genere negli adulti.	51,00 (costo per terapia di gruppo)
32 Disturbi semplici del linguaggio (late talkers, disturbi fonetici semplici)	315.31	R47	b320 b398 b399	s398	d330	15 - 30 giorni dalla diagnosi	Identificati dai codici ICF	240	5	30'	a) 93.01.3 Valutazione monofunzionale b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.72.2 Training logopedico b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)		La diagnosi è appropriata tra i 3 e i 5 anni di età del bambino. Il programma logopedico deve prevedere una fase precoce di trattamento diretto (4 mesi) ed una successiva di monitoraggio per la generalizzazione e il consolidamento delle competenze linguistiche acquisite attraverso trattamento anche di tipo indiretto per la verifica dei tempi e delle modalità di sviluppo del linguaggio (Good Practice Point).	152,9

* Le "Prestazioni diagnostiche valutative" erogate nei pacchetti, non generano costi aggiuntivi;

** Tale scelta nei programmi individuali non genera costi aggiuntivi

*** da intendersi come n°max erogabile in 1 anno solare

Descrizione condizione	Codice ICD9CM	Codice ICD 10	Codici ICF			Tempo appropriato di inizio dall'evento (GG.)	Obiettivi Intervento	Tempi medi recupero (GG.)	N. medio pacchetti per la condizione	Tempo medio x seduta	Prestazioni diagnostico- valutative almeno 2 (*)	Pacchetti Prestazioni		Razionale	ALLEGATO TECNICO PARTE B)
			Funzioni	Strutture	Attività							Rieducazione funzionale	Terapia strumentale		Costo di un pacchetto in Euro
33 Disturbi miofunzionali odontofacciali (inclusa deglutizione atipica)	524.50	K07	b320 b510	s320	d550 d560	30 - 60 giorni dalla diagnosi	Identificati dai coi codici ICF	150	3	30'	a) 93.01.2 Valutazione funzionale segmentaria b) 93.01.3 Valutazione monofunzionale c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.72.2 Training logopedico b) 93.18.1 - 93.18.2. Esercizi respiratori individuali e di gruppo c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	a) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	Il trattamento va iniziato al termine del periodo di transizione dalla deglutizione infantile a quella adulta (5 -7 anni di età) e considerando il grado di collaborazione del bambino. L'età consigliata per il trattamento è tra gli 8 e i 10 anni . Il programma logopedico deve prevedere una presa in carico più intensiva nel primo periodo (30 giorni) , ed un periodo successivo di monitoraggio per accompagnare il processo di modificazione e automatizzazione e verificarne l'esito con incontri distanziati progressivamente nel tempo. (Good Practice Pont).	152,9 (per terapia individuale) 51,00 (per terapia di gruppo)
34 Disturbo respiratorio semplice senza insufficienza respiratoria	491.21 494.1	J22	b440 b445	s430	d450 d455	dipendente dalla condizione	Identificati dai coi codici ICF	30	2	30'	a) 93.01.2 valutazione funzionale segmentaria b) 93.01.3 Valutazione monofunzionale c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.18.1 Esercizi respiratori individuali b) 93.18.2 Esercizi respiratori in gruppo c) 93.99 Altre procedure respiratorie d) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)		Nei pazienti con sindromi ostruttive in fase di riacutizzazione (es. bronchiectasie e BPCO) o restrittive, quali esiti di intervento chirurgico o di pleurite, in condizioni di stabilità clinica e senza insufficienza respiratoria, può essere efficace un programma di fisioterapia. (GPP)	152,9 (per terapia individuale) 51,00 (per terapia di gruppo)

* Le "Prestazioni diagnostiche valutative" erogate nei pacchetti, non generano costi aggiuntivi;

** Tale scelta nei programmi individuali non genera costi aggiuntivi

*** da intendersi come n°max erogabile in 1 anno solare

Descrizione condizione	Codice ICD9CM	Codice ICD 10	Codici ICF			Tempo appropriato di inizio dall'evento (GG.)	Obiettivi intervento	Tempi medi recupero (GG.)	N. medio pacchetti per la condizione	Tempo medio x seduta	Prestazioni diagnostiche- valutative almeno 2 (*)	Pacchetti Prestazioni		Razionale	ALLEGATO TECNICO PARTE B)
			Funzioni	Strutture	Attività							Rieducazione funzionale	Terapia strumentale		Costo di un pacchetto in Euro
a) Linfedemi degli arti (post mastectomia arto superiore o per altre condizioni patologiche arto inferiore)	457.0 457.1	Y88	b280 b415 b710 b730	s410 s420 s720	d430 d445 d470 d475 d510 d540 d640	7 gg. dall'esordio	Identificati dai codici ICF	90	2	60'	a) 93.01.2 Valutazione funzionale segmentaria b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.39.2 Massoterapia per drenaggio linfatico b) 93.11.1 Rieducazione motoria attiva e/o passiva c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	a) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	La terapia fisica è la modalità terapeutica più comunemente usata in forma combinata (linfodrenaggio manuale, esercizi di mobilizzazione articolare, compressione) all'interno di un programma fisioterapico in quanto non sono evidenti risultati di efficacia per somministrazione di singoli trattamenti (Review Cochrane 2008 - Preston NJ et al.). La riabilitazione motoria precoce dell'arto favorisce il miglioramento del ROM articolare, del dolore e del linfedema (Review Cochrane 2010 - McNeely ML et al.). Il programma riabilitativo e la sua modalità di erogazione (frequenza giornaliera e settimanale) verrà formulato sulla base della valutazione del paziente.	152,90 (costo per n. 5 accessi di 60 minuti)
b) Incontinenza urinaria e/o fecale	618.8	R15 R32	b525 b620	s610	d530 d770	15 - 20	Identificati dai codici ICF	60	2	30'	a) 93.04.1 Valutazione manuale della funzione muscolare segmentaria (PC test) b) 93.08.4 EMG dei muscoli perineali c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.1 Rieducazione motoria attiva e/o passiva b) 93.18.1 Esercizi respiratori c) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	a) 93.39.7 Elettroterapia dei muscoli normo o denervati b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	Nel trattamento delle incontinenze urinarie vengono utilizzati il rinforzo della muscolatura del pavimento pelvico, il biofeedback, la stimolazione elettrica e la terapia comportamentale. Nelle incontinenze urinarie post partum c'è evidenza che il trattamento di riabilitazione sia efficace (raccomandazione di grado A per il training dei muscoli del pavimento pelvico - Diagnosis and management of adult female stress urinary incontinence: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians). Per le incontinenze fecali e urinarie post-chirurgiche alcune recenti revisioni sistematiche evidenziano l'assenza di studi i cui risultati presentino evidenze sufficienti a favore del trattamento riabilitativo (Review Cochrane 2007 - Hunter KF et al.. Systematic Review 2007 WITHDRAWN - Hay-Smith J et al.)	162,3

* Le "Prestazioni diagnostiche valutative" erogate nei pacchetti, non generano costi aggiuntivi;

** Tale scelta nei programmi individuali non genera costi aggiuntivi

*** da intendersi come n°max erogabile in 1 anno solare

Descrizione condizione	Codice ICD9CM	Codice ICD 10	Codici ICF			Tempo appropriato di inizio dall'evento (GG.)	Obiettivi Intervento	Tempi medi recupero (GG.)	N. medio pacchetti per la condizione	Tempo medio x seduta	Prestazioni diagnostiche- valutative almeno 2 (*)	Pacchetti Prestazioni		Razionale	ALLEGATO TECNICO PARTE B)
			Funzioni	Strutture	Attività							Rieducazione funzionale	Terapia strumentale		Costo di un pacchetto in Euro
a) Disturbi delle sinovie con limitazione algofunzionale	354.0 726 727.2 727.3	M65 M68 M71 M76 M77	b280 b710	s770 s750 s730 s740	d435 d450 d455	10 - 30 giorni dopo terapia medica	Identificati dai codici ICF	45	2	30'	a) 93.01.2 Valutazione funzionale segmentaria b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata	a) 93.11.4 Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice b) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	a) ulteriore scelta specialistica alternativa motivata (**)	Il programma fisioterapico in modalità combinata (mobilizzazione articolare, esercizi posturali, rieducazione motoria, training isocinetico e neuromuscolare), presenta evidenza di efficacia nella riduzione dei sintomi, nell'incremento della mobilità e della funzionalità (Systematic Review 2002, Cleland L et al). In particolare c'è forte evidenza che gli esercizi a catena cinetica aperta e chiusa riducono le forze di reazione articolare (RCT 2008, Bizzini M et al) e siano efficaci nella riduzione del dolore (Cochrane review 2003, Heintjes E et al). Il training isocinetico può accelerare la riabilitazione, rafforzare la muscolature periarticolare e mantenere la stabilità articolare (RCT 2008 Li X-H et al.)	195,1
b) borsopatie con limitazione algofunzionale															
c) Entesopatie con limitazione algofunzionale															

ATTIVITA' MOTORIA

Descrizione condizione	Pacchetto prestazioni erogabili	N. max pacchetti prescrivibili in un anno	Tempo medio per accesso	Razionale
Esiti stabilizzati da patologie croniche	n. 20 accessi comprensivi di: 2 Valutazioni, n. 2 incontri di educazione sanitaria, sedute di attività motoria di gruppo con cadenza bisettimanale (max n. 8 persone)	2	60'	Il processo riabilitativo è indispensabile fino a quando è presente un possibile cambiamento attivo del livello di funzionamento. Oltre a tale limite è necessario pensare ad un adeguamento dello stile di vita della persona con disabilità analogamente a quanto avviene per persone con altri disturbi cronici. Nelle malattie croniche la sedentarietà diventa il minimo comune denominatore che determina e accelera il processo di disabilità. (Piano di indirizzo della riabilitazione 2011). La lettura scientifica sull'argomento evidenzia che vi è un allarmante tasso di inattività fisica fra gli anziani, e una forte evidenza per gli effetti benefici dell'attività fisica sulla salute e sulla qualità di vita tra anziani. I ricercatori dovrebbero considerare la progettazione e la sperimentazione di programmi che includono le strategie per migliorare l'auto-efficacia insieme con la promozione dell'attività fisica come mezzo per prevenire la disabilità e migliorare la qualità della vita tra gli adulti più anziani. (Motl RW, McAuley E, 2010 "Physical activity, disability, and quality of life in older adults")

* Le "Prestazioni diagnostiche valutative" erogate nei pacchetti, non generano costi aggiuntivi;

** Tale scelta nei programmi individuali non genera costi aggiuntivi

*** da intendersi come n°max erogabile in 1 anno solare

**Regione Campania**

Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario (Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/04/2010)

ALLEGATO TECNICO - PARTE D
BRANCA DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

Profili riabilitativi per patologie semplici

codice profilo	Denominazione profilo riabilitativo	tariffa (in €) per 1 pacchetto di 10 accessi
PR1	PROFILO RIABILITATIVO PER PARESI DEL NERVO FACIALE	202,30
PR2	PROFILO RIABILITATIVO PER MONONEURITI DELL'ARTO SUPERIORE E INFERIORE DI ORIGINE MECCANICA E NON MECCANICA E NEURITI MULTIPLE	202,30
PR3	PROFILO RIABILITATIVO PER MONOARTRITI SOLO IN CASO DI RIACUTIZZAZIONI, COMPRESSE LE RIACUTIZZAZIONI LOCALIZZATE IN CORSO DI ARTRITE REUMATOIDE	195,10
PR4a	PROFILO RIABILITATIVO PER FRATTURA DELLA CLAVICOLA (esiti funzionali)	231,60
PR4b	PROFILO RIABILITATIVO PER FRATTURA DELLA SCAPOLA (esiti funzionali)	231,60
PR4c	PROFILO RIABILITATIVO PER FRATTURA OMERI COMPRESO PALETTA OMERALE (esiti funzionali)	231,60
PR4d	PROFILO RIABILITATIVO PER FRATTURA radio, ulna (esiti funzionali)	231,60
PR4e	PROFILO RIABILITATIVO PER FRATTURA OSSA CARPO E METACARPO (esiti funzionali)	231,60
PR4f	PROFILO RIABILITATIVO PER FRATTURA DI UNA O PIU' FALANGI DELLA MANO (esiti funzionali)	231,60
PR5a	PROFILO RIABILITATIVO PER LUSSAZIONE DELLA SPALLA (esiti funzionali)	231,60
PR5b	PROFILO RIABILITATIVO PER LUSSAZIONE DEL GOMITO (esiti funzionali)	231,60
PR5c	PROFILO RIABILITATIVO PER LUSSAZIONE DEL POLSO (esiti funzionali)	231,60
PR5d	PROFILO RIABILITATIVO PER LUSSAZIONE DELLE DITA DELLA MANO (esiti funzionali)	231,60
PR6a	PROFILO RIABILITATIVO PER DISTORSIONE DELLA SPALLA E DEL BRACCIO (COMPRESO INSTABILITA' GLENO OMERALE) (Esiti funzionali)	231,60
PR6b	PROFILO RIABILITATIVO PER DISTORSIONE DEL GOMITO E DELL'AVAMBRACCIO (esiti funzionali)	231,60
PR6c	PROFILO RIABILITATIVO PER DISTORSIONE DEL POLSO E DELLA MANO (esiti funzionali)	231,60
PR7	PROFILO RIABILITATIVO PER LESIONI DELLA SPALLA (COMPRESO ROTTURA ATRAUMATICA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI)	214,50
PR8	PROFILO RIABILITATIVO PER TRAUMATISMO DEI NERVI DELLA SPALLA E DEL BRACCIO (COMPRESO AVAMBRACCIO, POLSO E MANO)- esiti funzionali	152,90

**Regione Campania**

Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario (Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/04/2010)

**ALLEGATO TECNICO - PARTE D
BRANCA DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA**

Profili riabilitativi per patologie semplici

PR9	PROFILO RIABILITATIVO PER TRAUMATISMO DEI MUSCOLI E DEI TENDINI DELLA SPALLA E DEL BRACCIO (COMPRESO AVAMBRACCIO, POLSO E MANO) esiti funzionali	214,50
PR10	PROFILO RIABILITATIVO PER FRATTURA COLLO FEMORE E DI ALTRE PARTI DEL FEMORE DI TIPO TRAUMATICO - esiti funzionali	228,20
PR11a	PROFILO RIABILITATIVO PER FRATTURA DELLA ROTULA	228,20
PR11b	PROFILO RIABILITATIVO PER FRATTURA DELLA TIBIA E DEL PERONE	228,20
PR11c	PROFILO RIABILITATIVO PER FRATTURA DELLA CAVIGLIA	228,20
PR11d	PROFILO RIABILITATIVO PER FRATTURA DI UNA O PIU' OSSA DEL TARSO E METATARSO	228,20
PR11e	PROFILO RIABILITATIVO PER FRATTURA DI UNA O PIU' FALANGI DEL PIEDE	228,20
PR12a	PROFILO RIABILITATIVO PER LUSSAZIONE DI GINOCCHIO (esiti funzionali)	228,20
PR12b	PROFILO RIABILITATIVO PER LUSSAZIONE DELLA CAVIGLIA (esiti funzionali)	228,20
PR12c	PROFILO RIABILITATIVO PER LUSSAZIONE DEL PIEDE (esiti funzionali)	228,20
PR13a	PROFILO RIABILITATIVO PER DISTORSIONE DELL'ANCA E DELLA COSCIA (esiti funzionali)	230,40
PR13b	PROFILO RIABILITATIVO PER DISTORSIONE DEL GINOCCHIO E DELLA GAMBA (esiti funzionali)	230,40
PR13c	PROFILO RIABILITATIVO PER DISTORSIONE DELLA CAVIGLIA E DEL PIEDE (esiti funzionali)	230,40
PR14	PROFILO RIABILITATIVO PER DISTURBI DELLA ROTULA, LESIONI CAPSULO-LEGAMENTOSE DEL GINOCCHIO E DEL MENISCO (TRATTAMENTO POST CHIRURGICO)	215,80
PR15	PROFILO RIABILITATIVO PER TRAUMATISMO DI NERVI DELL'ANCA E DELLA COSCIA - COMPRESO GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE - (esiti funzionali)	152,90
PR16	PROFILO RIABILITATIVO PER TRAUMATISMO DI MUSCOLI E TENDINI DELLA GAMBA (esiti funzionali)	215,80
PR17	PROFILO RIABILITATIVO PER FRATTURA DELLA COLONNA VERTEBRALE SENZA MENZIONE DI LESIONE DEL MIDOLLO SPINALE	221,30
PR18	PROFILO RIABILITATIVO PER FRATTURA DEL BACINO (esiti funzionali)	221,30
PR19	PROFILO RIABILITATIVO PER LUSSAZIONE DELLA MANDIBOLA (esiti funzionali)	231,60
PR20	PROFILO RIABILITATIVO PER DISTORSIONE DEL RACHIDE, DELLA REGIONE SACROLIACA E DI ALTRE PARTI NON SPECIFICATE DEL DORSO (esiti funzionali)	221,30


Regione Campania

Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario (Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/04/2010)

**ALLEGATO TECNICO - PARTE D
BRANCA DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA**
Profili riabilitativi per patologie semplici

PR21	PROFILO RIABILITATIVO PER DISTURBI DEI PLESSI E DELLE RADICI NERVOSE (ASSOCIATA A STENOSI DEL CANALE VERTREBALE CERVICALE O LOMBARE) Solo in presenza di limitazione algofunzionale	255,40
PR22	PROFILO RIABILITATIVO PER COMPRESSIONE DEI PLESSI E DELLE RADICI NERVOSE (ASSOCIATA A SINDROME BRACHIALGICA O SCIATALGICA) (solo in presenza di limitazione algofunzionale persistente)	152,90
PR23	PROFILO RIABILITATIVO PER LIMITAZIONE ALGOFUNZIONALE DA MAL DI SCHIENA ACUTO/POSTACUTO PERSISTENTE (2-3 SETTIMANE) E O RECIDIVANTE	255,40
PR24	PROFILO RIABILITATIVO PER ALTERAZIONI DI CONTINUITA' DELL'OSSO (MANCATA CONSOLIDAZIONE)	214,50
PR25a	PROFILO RIABILITATIVO PER CALCIFICAZIONE E OSSIFICAZIONE DEI MUSCOLI (COME COMPLICANZA DI EVENTI TRAUMATICI RECENTI)	152,90
PR25b	PROFILO RIABILITATIVO PER MALATTIE DEI TESSUTI MOLLI CORRELATI AD USO ECCESSIVO, PRESSIONE	152,90
PR26a	PROFILO RIABILITATIVO PER ESITI DI INTERVENTO PER IMPIANTO DI ARTROPROTESI GINOCCHIO	255,40
PR26b	PROFILO RIABILITATIVO PER ESITI DI INTERVENTO PER IMPIANTO DI ARTROPROTESI SPALLA	255,40
PR26c	PROFILO RIABILITATIVO PER ESITI DI INTERVENTO PER IMPIANTO DI ARTROPROTESI ANCA	255,40
PR27	PROFILO RIABILITATIVO PER TRAUMA DA PARTO DEL SISTEMA NERVOSO PERIFERICO SENZA LESIONE COMPLESSA DEL TRONCO NERVOSO (PARALISI OSTERTICA)	231,60
PR28	PROFILO RIABILITATIVO PER DEFORMITA' CONGENITA DELL'ANCA SEGUITO DI TRATTAMENTO ORTOPEDICO (DISPLASIA DELL'ANCA)	231,60
PR29	PROFILO RIABILITATIVO PER DEFORMAZIONE DEI PIEDI (PIEDE TORTO CONGENITO)	231,60
PR30	PROFILO RIABILITATIVO PER TORCICOLLO MIOGENO CONGENITO DEL NEONATO	152,90
PR31	PROFILO RIABILITATIVO PER DISTURBI DELLA VOCE DI ORIGINE FUNZIONALE (COMPRESI NODULI, POLIPI, EDEMI E PROLASSI) E NEGLI ESITI DI CORDECTOMIA SEMPLICE E PARALISI CORDIALE RICORRENZIALE (terapia di gruppo costituito da 3 a max 5 persone)	51,00
PR32	PROFILO RIABILITATIVO PER DISTURBI SEMPLICI DEL LINGUAGGIO (LATE TALKERS, DISTURBI FONETICI SEMPLICI)	152,90
PR33i	PROFILO RIABILITATIVO PER DISTURBI MIOFUNZIONALI ODONTOFACCIALI (INCLUSA DEGLUTIZIONE ATIPICA) terapia individuale	152,90

**Regione Campania**

Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario (Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/04/2010)

**ALLEGATO TECNICO - PARTE D
BRANCA DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA**

Profili riabilitativi per patologie semplici

PR33g	PROFILO RIABILITATIVO PER DISTURBI MIOFUNZIONALI ODONTOFACCIALI (INCLUSA DEGLUTIZIONE ATIPICA) (terapia di gruppo costituito da 3 a max 5 persone)	51,00
PR34i	PROFILO RIABILITATIVO PER DISTURBO RESPIRATORIO SEMPLICE SENZA INSUFFICIENZA RESPIRATORIA terapia individuale	152,90
PR34g	PROFILO RIABILITATIVO PER DISTURBO RESPIRATORIO SEMPLICE SENZA INSUFFICIENZA RESPIRATORIA (terapia di gruppo costituito da 3 a max 5 persone)	51,00
PR35a	PROFILO RIABILITATIVO PER LINFEDEMI DEGLI ARTI (POST MASTECTOMIA ARTO SUPERIORE O PER ALTRE CONDIZIONI PATOLOGICHE ARTO INFERIORE)	152,90 (costo per n. 5 accessi di 60 min.)
PR35b	PROFILO RIABILITATIVO PER INCONTINENZA URINARIA E/O FECALE	162,30
PR36a	PROFILO RIABILITATIVO PER DISTURBI DELLE SINOVIE CON LIMITAZIONE ALGOFUNZIONALE	195,10
PR36b	PROFILO RIABILITATIVO PER BORSOPATIE CON LIMITAZIONE ALGOFUNZIONALE	195,10
PR36c	PROFILO RIABILITATIVO PER ENTESOPATIE CON LIMITAZIONE ALGOFUNZIONALE	195,10
codice profilo	Denominazione profilo riabilitativo	tariffa (in €) per 1 pacchetto di 20 accessi
PR37	ATTIVITA' MOTORIA per esiti stabilizzati da patologie croniche	60,00